

DU TRAITEMENT
DU
CANCER DE LA PROSTATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PAUL

Né le 25 Août 1872, à Istre (Bouches-du-Rhône)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

DU TRAITEMENT
DU
CANCER DE LA PROSTATE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 11 Décembre 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

LOUIS PAUL

Né le 25 Août 1872, à Istre (Bouches-du-Rhône)

Élève à l'École du Service de Santé Militaire



LYON

ALEXANDRE REY, IMPRIMEUR DE LA FACULTE DE MEDECINE

4, RUE GENTIL, 4

—
Décembre 1894

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET. DOYEN.
GAYET. ASSESSEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. DESGRANGES, PAULET, BOUGHACOURT, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.	{ MM. LÉPINE.
	BONDET.
Cliniques chirurgicales.	{ OLLIER.
	PONCET.
Clinique obstétricale et Accouchements.	FOCHIER.
Clinique ophtalmologique.	GAYET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAILLETON
Clinique des maladies mentales.	PIERRET.
Physique médicale.	MONOYER.
Chimie médicale et pharmaceutique.	HUGOUNENQ
Chimie organique et Toxicologie.	CAZENEUVE.
Matière médicale et Botanique	FLORENCE
Zoologie et Anatomie comparée.	LORTET.
Anatomie.	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie.	RENAUT.
Physiologie.	MORAT.
Pathologie interne.	TEISSIER.
Pathologie externe.	X.
Pathologie et Thérapeutique générales.	MAYET.
Anatomie pathologique.	TRIPPIER
Médecine opératoire.	POLLOSSON (MAURICE)
Médecine expérimentale et comparée.	ARLOING.
Médecine légale.	LACASSAGNE.
Hygiène.	X.
Thérapeutique.	SOULIER.
Pharmacie.	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes. LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants MM. WEILL, agrégé.
Accouchements. POLLOSSON (Aug.) —
Botanique. BEAUVISAGE. —

AGRÉGÉS

MM. AUGAGNEUR.	MM. DIDELOT.	MM. ROCHET.	MM. VIALLETON.
BEAUVISAGE.	GANGOLPHE.	RODET.	WEILL.
CONDAMIN	JABOULAY.	ROLLET (ÉTIENNE)	BARRAL
COURMONT.	LANNOIS.	ROQUE.	chargé des fonctions d'agrégé
DEROIDE.	PERRET.	ROUX.	MOREAU, II.
DEVIC	POLLOSSON (Aug.)		

M. ÉTIEVANT, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THESE

M. PONCET, Président; M. POLLOSSON (M.), Assesseur; MM. ROCHET et COURMONT, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PONCET

INTRODUCTION

Le but de ce travail est d'essayer de montrer quel est le traitement le plus avantageux du cancer de la prostate. Ce but, nous nous sommes efforcé de l'atteindre en suivant la marche suivante :

Chapitre premier. — Principaux points de l'étiologie et de la symptomatologie des tumeurs malignes de la prostate, montrant l'impossibilité de diagnostiquer cette affection au début, et par suite, d'intervenir avant que les lésions soient avancées.

Chapitre II. — Observations existant dans la littérature chirurgicale des principales tentatives d'ablation totale du cancer de la prostate, on y voit que le plus souvent, le chirurgien a été impuissant à exécuter l'extirpation complète. Dans les rares cas où l'intervention est complète, le malade n'est pas soulagé, et les accidents ne

sont pas conjurés. Ces deux points ne sont obtenus que lorsqu'une intervention incomplète laisse aux urines ou aux matières fécales un écoulement large et facile par la plaie opératoire. La récurrence est toujours fatale et rapide. Aussi on voit l'ablation totale abandonnée pour une opération purement palliative.

Chapitre III. — Observations de cancers de la prostate, traités par la cystostomie sus-pubienne. Résultats avantageux. Elle remplit tous les desiderata d'une intervention palliative. De plus, tous les avantages qu'elle a dans l'hypertrophie prostatique simple, elle les présente également dans le cas particulier de tumeurs malignes de la prostate.

C'est à M. le professeur Poncet, que revient l'idée première de ce travail; ses conseils nous ont été d'un précieux secours, nous ne l'oublierons pas. Qu'il nous soit permis d'exprimer ici notre profonde reconnaissance à ce Maître éminent dont l'éloge n'est plus à faire.

Nous remercions aussi tous nos Maîtres qui ont contribué, de près ou de loin, à notre instruction.

DU TRAITEMENT DU CANCER DE LA PROSTATE

CHAPITRE PREMIER

Le cancer de la prostate est une affection considérée comme très rare. C'est du moins l'opinion émise dans les auteurs classiques. Mais il ne semble pas que ce soit l'avis de ceux qui se sont occupés de cette question d'une manière toute particulière. C'est ainsi qu'on voit Thompson, en 1861, essayer de réagir contre cette idée, et publier une vingtaine d'observations de son *Traité des maladies de la prostate*.

De son côté, Oscar Wyss rassemble une dizaine de cas. Puis, en 1869, ce sont encore quarante-cinq cas publiés par Jolly. Enfin, dans une thèse de Paris de 1888, Engelbach dit avoir réuni quarante et un nouveaux cas.

Il y a bien loin, évidemment, de la fréquence du développement de néoplasmes de la prostate, à celle du cancer de la mamelle ou du testicule. Mais, est-ce une raison pour faire de cette redoutable affection une curiosité pathologique ?

Mais ce qui frappe le plus dans l'étiologie de cette maladie, c'est le nombre relativement grand de cas observés dans l'enfance. Ce fait ressort du moins d'une manière évidente du travail de Jolly. Sur quarante-cinq cas rapportés par cet auteur, il y en a neuf qui concernent des enfants agés de moins de neuf ans. Cette notion a une grande importance pratique au point de vue de l'intervention. Le diagnostic de l'affection étant bien plus aisé chez l'enfant que chez le vieillard, particulièrement au début, à ce moment où un essai de cure radicale aurait peut-être quelque chance de réussir.

C'est qu'en effet, au début surtout, la symptomatologie du cancer de la prostate est loin d'être nette, bien tranchée. L'affection se développe d'abord lentement, d'une manière insidieuse, sans fracas. Les sensations éprouvées par le malade sont des plus obscures : un peu de gêne au fondement, une sensation vague de pesanteur ; quelques tiraillements, c'est en somme ce que ressent un prostatique au début. Et la ressemblance ne cesse pas de sitôt. Dans l'un comme dans l'autre cas les douleurs deviennent de plus en plus vives ; la miction devient une appréhension pour le malade qu'elle fait souffrir. Surtout au moment où sont expulsées les dernières gouttes d'urine, quand la vessie se met à se contracter spasmodiquement. Cependant le malade est obligé de pisser de plus en plus fréquemment ; c'est d'abord le jour ; plus tard il sera obligé de se lever plusieurs fois par nuit.

A ce moment le malade commence à s'inquiéter. Ces envies fréquentes, qu'il ne peut maîtriser même un laps de temps assez court, le déroutent. C'est bien autre chose lorsqu'apparaissent les hématuries : elles sont d'ailleurs

le plus souvent peu abondantes c'est un mélange en proportions variables d'urine et de sang. Quelquefois après un cathétérisme, l'hématurie est plus forte et c'est un véritable jet de sang qui s'échappe du canal. Cependant les phénomènes douloureux prennent une importance considérable; ils dominent toute la scène; ils deviennent parfois si aigus qu'ils rendent tout sommeil impossible.

Jusqu'ici rien de pathognomonique, pas un de ces symptômes qui permette d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une tumeur maligne de la prostate plutôt que d'une hypertrophie quelconque de cette glande. Et ce même doute pourra persister dans l'esprit du chirurgien alors même que surviendront des complications graves qui pourront mettre le malade en danger de mourir à bref délai: la rétention d'urine, la cystite purulente, la pyélonéphrite. Elle peut arriver progressivement, devenant de plus en plus prononcée à mesure qu'augmente le volume de la tumeur jusqu'au jour où l'urine est totalement arrêtée. Quelquefois elle se produit brusquement comme il arrive aussi chez les prostatiques: à la suite d'excès de table, d'écart de régime ou de fatigue exagérée, le malade se trouve tout d'un coup dans une impossibilité complète d'uriner.

Quant à l'apparition de la cystite purulente, de la pyélonéphrite, de la fièvre urinaire elle n'a évidemment rien qui puisse aider le diagnostic. Seules jusqu'ici, l'hématurie et la fétidité des urines pourront éveiller l'esprit sur l'existence possible d'un cancer de la prostate.

Il n'en est pas de même de l'examen direct par le toucher rectal et la palpation abdominale au moins lorsque la maladie aura suffisamment évolué. Au début, en effet,

le toucher rectal permet seulement de reconnaître une certaine augmentation du volume de la prostate, une consistance un peu anormale. Ce sont encore là des symptômes que l'on trouve dans toute hypertrophie sénile de la prostate, mais lorsque, en introduisant le doigt, on tombera sur une prostate nettement douloureuse, très volumineuse, présentant des bosselures nombreuses, dure par places, ramollie en d'autres ; lorsque, la coque fibreuse rompue, on pourra sentir des adhérences anormales avec le rectum, l'existence de prolongements dans le petit bassin évidemment, le doute ne sera plus possible. Alors on pourra voir engorgés les ganglions iliaques, ceux de l'aîne. La palpation abdominale fera sentir une tumeur plus ou moins volumineuse de ce bassin. L'état général lui-même viendra confirmer les autres données et cette affection si obscure au début, si difficile à distinguer de l'hypertrophie prostatique en particulier, s'imposera par la force des choses à l'esprit du chirurgien.

CHAPITRE II

A ce moment donc la nécessité d'une intervention s'impose d'une manière absolue, même dans les cas les plus favorables, dans ceux où l'existence du malade n'est pas mise momentanément en jeu par une grave complication telle que la rétention complète des urines ou des matières fécales, la cystite purulente, la pyélonéphrite, les hémorragies, le patient demande à être débarrassé de cette affection terrible par les douleurs constantes, épouvantables qu'elle impose. Il faut intervenir. C'est ce que n'ont pas hésité à faire quelques chirurgiens, assez peu nombreux du reste.

C'est Kùchler qui, le premier, eut l'idée de l'ablation totale de la prostate ; il ne la pratique du reste que sur le cadavre. On voit Cadge en 1862, et après lui Fergusson et Keil, extirper des fragments de la prostate dans le cours d'une taille périnéale. Enfin, dans le cas de tumeur maligne de la prostate, l'ablation totale de la glande et de la masse néoplasique fut tentée par Billroth en Alle-

magne, par Demarquay en France, par Spanton en Angleterre : avec quels succès !

Les observations publiées de ces diverses interventions le montrent.

OBSERVATION I

Demarquay, *Gazette médicale de Paris*, 1873.

Malade âgé de soixante-cinq ans, alcoolique. Constipation depuis quatre ans et parfois selles sanguinolentes. Teinte jaune paille caractéristique, mais état général assez bon. Le malade éprouve de la gêne au fondement, pas de douleur vive, l'évacuation des matières ne se fait que grâce à des purgatifs ou à des lavements.

Le doigt introduit dans le rectum à une hauteur de 5 centimètres environ, rencontre un bourrelet qui obture le calibre de l'intestin. La tumeur est lisse et ne paraît pas ulcérée; elle peut être amenée vers l'anus, mais le mouvement provoque des douleurs et entraîne l'abaissement de la prostate et du col de la vessie.

Opération : Incision à la partie postérieure du sphincter anal. Le décollement du rectum est assez facile en arrière et sur les parties latérales. Grande différence en avant où la tumeur semble se prolonger vers le bas-fond de la vessie. Au moment où l'opérateur veut l'en séparer, un flot de liquide annonce la perforation de la vessie. L'opération est terminée par la section à l'écraseur, de l'intestin au-dessus du bourrelet.

Pendant la journée, grande faiblesse, douleurs à l'anus et dans la vessie. Envies continuelles d'uriner. Douleurs dans le bas ventre. Hoquets, soif vive, inappétence.

L'urine sort par la plaie.

Les jours suivants l'état semble s'améliorer un peu. Les douleurs lombaires persistent.

Le septième jour après l'opération, mort avec symptômes d'infection purulente.

On a enlevé la portion inférieure du rectum, la prostate, les vésicules séminales, les canaux défférents, le bas-fond de la vessie, la portion prostatique et la portion membraneuse de l'urètre presque entière.

Dans ce cas, ce qui a provoqué l'opération, c'est moins les symptômes douloureux que la difficulté de la défécation. Le but poursuivi est l'ablation totale de la tumeur qui doit faire disparaître la rétention des matières. Mais le développement des adhérences oblige à des délabrements considérables.

Pour ce qui est des phénomènes douloureux, aucun bénéfice n'est obtenu : épreintes, tenesme, pollakiurie sont très développés. Les douleurs dans le fondement, l'hypogastre, les lombes, persistent.

OBSERVATION II

Billroth. *Langenbeck's Archiv.*

Je connais un cas de cancer de la prostate chez un homme de trente ans. C'était une tumeur molle qui avait mis cinq ans à devenir grosse comme un œuf de cane et qui était sensiblement partie du rectum et du périnée.

Je proposai l'extirpation qui fut acceptée et réussit. Cependant la tumeur avait déjà gagné en partie la vessie qui fut ouverte sur le côté pendant l'opération. Il en résulta une fistule de la grosseur d'une pièce de vingt sous à peu près.

Les suites de l'opération furent cependant heureuses. Au bout de deux mois à peine, le patient était tout à fait délivré de ses infirmités. Puis il eut une récidive au niveau de sa cicatrice et il mourut dans son pays natal un an et deux mois après la fermeture de la plaie opératoire. La durée totale des souffrances depuis le premier jour avait été de six ans.

La tumeur était un épithélium tubulé, mou et tout à fait ulcéré du côté de la vessie.

Ici encore l'extirpation complète n'est obtenue qu'au prix d'une déchirure de la vessie. La lésion ayant été prise assez tôt, la tumeur a pu être enlevée complètement. L'écoulement des urines s'est fait pendant un certain temps par la plaie opératoire et les symptômes douloureux ont entièrement disparu. En somme, le résultat obtenu a été excellent. Le fait dominant est la rapidité de la récurrence.

OBSERVATION III

Leisrinck, *Archiv. für klin. Chir.*

C. B. soixante-quatre ans, entre le 15 octobre 1881. Depuis un an et demi selles douloureuses, mucopurulentes, sanguinolentes. Douleurs très vives à la défécation; ténesme. En outre, douleur continue qui abat complètement le malade.

La prostate, du volume d'une pomme de moyenne grosseur, sensible à la pression, bosselée, fait une forte saillie dans le rectum et paraît adhérer à la muqueuse rectale.

Diagnostic : tumeur de la prostate.

On décide de procurer au malade un soulagement complet à ses douleurs par l'extirpation complète de la tumeur, suivie d'une suture soignée du rectum.

La tumeur est en effet enlevée en totalité; on suture le rectum; la vessie est fixée à la portion membraneuse de l'urètre.

L'hémorragie n'est pas insignifiante, mais moins considérable qu'on aurait pu s'y attendre *à priori*. Toute la grande cavité est pansée à l'iodoforme.

Le soir, 37 degrés. Bon état général. De l'urine sanguinolente s'écoule par la plaie périnéale.

25, 26, 27 octobre. — Pas de sommeil, beaucoup de douleurs, vomissements.

28 octobre. — Le malade s'est très amélioré, plus de vomissements.

2 janvier. — La température remonte tout à coup à 39 degrés et le malade retombe à partir de ce jour, quoiqu'il se mette à manger complètement.

Mort le 6 janvier par épuisement.

Autopsie. — La grande cavité est restée aseptique. La vessie s'est nettement réunie, sa paroi antérieure adhère à la portion membraneuse de l'urètre. Toute lésion morbide a complètement disparu. Rectum normal.

Les souffrances endurées par le malade sont le mobile de l'intervention qui est complète. Le traumatisme chirurgical guérit parfaitement. Mais la vessie a été refermée. Les douleurs persistent toujours aussi vives; le malade s'affaiblit de plus en plus et meurt douze jours après l'opération.

OBSERVATION IV

Spanton, *Lancet*, 1882.

R. V., laboureur, cinquante-sept ans, entre le 16 janvier 1882. Difficulté de la miction remontant à deux ans, ayant beaucoup augmenté jusqu'au moment de l'admission. Une douleur lourde, gravative était sentie au rectum après une journée de travail. Epreintes douloureuses continuelles, le plus souvent sans résultat. Jamais d'hématurie, miction facile.

La prostate forme une tumeur grosse comme une tête de fœtus, ferme et élastique, divisée inégalement par un sillon et comprimant le rectum jusqu'à l'obstruer.

Opération le 26 janvier.

Spanton fait une incision transversale et curviligne au-devant de l'anus et en disséquant avec soin atteint la tumeur prostatique. Sonde indicatrice. En passant les doigts dans la blessure périnéale on trouve le rectum déchiré probablement par les manipulations antérieures, la tumeur en est séparée avec difficulté. Avec les mains et le manche du scalpel une grosse portion de tumeur est soigneusement énucléée et enlevée en plusieurs fois. Plus friable qu'on ne l'avait cru. Après l'ablation d'une masse de la grosseur du poing, on trouve qu'une portion s'étend en haut derrière la symphyse pubienne; impossible de l'aborder sans danger. Ligature de plusieurs vaisseaux. Tamponnement contre l'hémorragie un peu forte. On laisse une sonde dans la vessie. Suppositoire à l'opium. Plus d'hémorragie. Mais le malade devient de plus en plus faible et meurt le jour suivant.

Autopsie. — Tumeur arrondie, lobulée engainant entièrement la vessie, intimement adhérente à la paroi antérieure du rectum. Côlon et rectum remplis de matières fécales dures. Uretères et reins normaux. Vessie vide. Calcul phosphatique de la tumeur.

L'opération est entreprise dans le but d'amoindrir les souffrances horribles du malade. Mais l'évolution de la tumeur est si avancée, les prolongements et les adhérences sont tels, que le chirurgien doit renoncer à une ablation entière par crainte de lésions trop grandes. Les fonctions ne sont nullement facilitées. Les douleurs ne diminuent pas et le malade épuisé meurt rapidement.

OBSERVATION V

Wharthon, *Phil. med. Times*, 1882.

La maladie débute par rétention; mais bien antérieurement existaient des troubles de la miction. Douleurs hypogastriques.

Ce malade n'avait présenté à aucun moment d'hématurie.

Au toucher on sent la prostate augmentée de volume arrondie mais lisse. Lorsque le cathétérisme devient impossible on ponctionne la tumeur et on fait la taille périnéale. Le malade meurt de péritonite huit jours après.

Péritonite généralisée; noyaux du péritoine; prostate volumineuse; vessie intacte.

Noyaux secondaires dans le foie et la rate.

Cette intervention a un caractère particulier en ce sens qu'elle ne vise pas à l'ablation totale de la tumeur, qu'elle a uniquement un but palliatif. Ce qu'on cherche, c'est de prolonger pour quelque temps l'existence du malade en rétablissant la miction. Cependant l'autopsie montre que le néoplasme prostatique pouvait être enlevé complètement. Le résultat obtenu, sans le développement de la péritonite n'aurait pas été de bien longue durée étant donnée la généralisation au foie et à la rate.

OBSERVATION VI

Harrisson, *Lancet*, 1884.

J. B..., cinquante-quatre ans, entre en observation en août 1882. Principaux symptômes : hématurie et pollakiurie. Bonne santé antérieure jusqu'aux neuf derniers mois. Pas de syphilis ni de tuberculose. Testicule gauche tuméfié depuis deux mois. Prostate augmentée de volume, indurée, bosselée. Le cathétérisme dénote une obstruction de l'urètre prostatique, mais ni calcul ni rugosité.

Le malade urine toutes les deux heures ou plus souvent la nuit comme le jour; les urines sont toujours largement mêlées à du sang.

On essaie toute sorte de traitement : les hématuries diminuent, mais l'irritabilité continue faisant baisser rapidement la santé du patient.

28 octobre. — Harrisson ouvre l'urètre prostatique comme pour la taille périnéale médiane. En explorant la prostate il trouve une masse solide allant vers l'urètre et occupant le col de la vessie. L'énucléation se poursuit d'une manière assez complète, cependant en raclant avec le doigt il ne peut enlever qu'imparfaitement une bande semblable à une corde sur la voûte de l'urètre prostatique. La masse enlevée, grosse comme la dernière phalange du pouce était évidemment une masse néoplasique.

Pas d'hémorragie sérieuse.

L'urine passe entièrement par l'ouverture périnéale et le malade peut jouir de ce qu'il n'avait plus depuis plusieurs mois, un sommeil ininterrompu.

15 octobre. — Le sang disparaît difficilement des urines.

8 janvier. — Le malade peut retenir ses urines une demi-heure. On lui met un appareil pour remédier à l'incontinence d'urine.

Le patient vit confortablement pendant quatorze mois et reprend en partie des occupations. Plus de douleur ni d'hémorragie.

Puis les ganglions de l'aîne se développent énormément et il meurt en deux mois.

La tumeur était une fois et demie grosse comme la portion enlevée. Elle peut être considérée comme dans la prostate.

Les douleurs atroces endurées par le malade, la difficulté de la miction nécessitent une intervention frappante par la difficulté éprouvée par l'opérateur qui doit renoncer à une intervention complète. Cette intervention montre aussi très nettement qu'aussitôt la miction rétablie, quoique par une voie anormale, tous les phénomènes douloureux disparaissent ainsi que ces mictions aussi fréquentes que pénibles; le sommeil revient; l'état général se relève. Il faut noter néanmoins le terme de la mort du patient. On peut penser que, si l'évacuation des urines avait pu être obtenue par une autre voie, sans qu'on touchât à la néoplasie elle-même, la durée de l'existence du sujet aurait

été bien plus considérable. D'ailleurs, Harrisson se félicite d'être intervenu. C'est à bon droit : il a pu donner à son malade plus d'une année d'existence sans souffrance. « Mon incision, dit-il, n'aurait-elle fait qu'arrêter temporairement les symptômes — dont la prolongation aurait amené une fin rapide — sans permettre l'ablation de la tumeur, même alors elle eût été d'un certain bénéfice. » Et il conclut :

1° Il est permis de procéder à une exploration des parties atteintes par la taille périnéale ;

2° Cette exploration permet l'extirpation des fragments de la tumeur ;

3° Si cette extirpation n'est pas possible, elle permet la prostatomie et le drainage de la vessie.

Pour Harrisson, l'intensité des phénomènes douloureux est donc une raison suffisante pour légitimer l'intervention. Quant à la difficulté de l'opération, le danger qu'elle fait courir au malade, l'impossibilité probable d'une ablation complète, ce sont là autant d'inconvénients dont on prend son parti. Il profite de l'enseignement qui découle des interventions faites avant la sienne, il sait que le drainage de la vessie et l'évacuation des urines mettent un terme aux horribles souffrances du patient. Il aime mieux précipiter la marche de la néoplasie en l'irritant par une intervention même imparfaite que de voir le malade emporté encore plus rapidement par l'acuité des douleurs ou la rétention d'urine et les complications qui en résultent.

Ces observations montrent que dans aucun cas l'intervention n'a été faite à la période de début de la maladie. Cela tient à la difficulté, nous dirons même à l'impossibilité du diagnostic au début. Le chirurgien ne se décide à

intervenir que lorsqu'il a en quelque sorte la main forcée soit par les douleurs atroces du malade, soit par l'arrêt de la miction et de la défécation. Seul Billroth, et il est à remarquer qu'il est le premier à se risquer à une intervention, paraît avoir tenté une cure radicale avant que l'intervention fût devenue d'une nécessité absolue.

D'ailleurs, le plus souvent, c'est le malade qui demande lui-même une intervention immédiate. Pour lui, les chances que fait courir l'opération n'entrent plus en considération tant les souffrances sont intenses. Et véritablement, la vie devient insupportable avec ces douleurs atroces, qui ne cessent pas un instant, qui augmentent au contraire par les efforts répétés de la miction ou de la défécation. Le sommeil n'existe plus. A peine ce malheureux consent-il à se nourrir. Aussi, on voit l'état général baisser rapidement et le malade mourir de faiblesse lorsqu'il n'est pas emporté par une complication. Trois fois, les symptômes douloureux décident l'opération ; à cette cause s'ajoute la difficulté de la miction dans l'observation de Harrisson. Dans le cas de Demarquay, c'est surtout la difficile évacuation des matières fécales qui entre en ligne de compte.

Tous ces auteurs, sauf Harrisson, dont le travail est le plus récent, ont eu avant d'opérer l'intention de faire une ablation totale de la tumeur. Seuls, cependant, Billroth et Leisrinck ont réussi à exécuter entièrement leur plan et encore ont-ils intéressé le premier la vessie, le second la vessie et le rectum. Spanton, après avoir extirpé une masse de la grosseur du poing, s'arrête en constatant l'existence d'un fort prolongement cancéreux au-dessus de la vessie, en arrière de la symphyse du pubis. On voit que dans tous les cas d'intervention, même dans les plus

favorables, dans ceux où les adhérences et les prolongements néoplasiques étaient peu développés, l'ablation totale n'a pu être faite sans léser gravement des organes pelviens.

Du moins, une intervention radicale a-t-elle des résultats satisfaisants? Voit-on, comme pour d'autres régions du corps, l'affection disparaître totalement ou seulement laisser au malade un répit d'une certaine durée? Non, ou du moins il n'y a qu'un cas relativement heureux, c'est le malade de Billroth dont l'opéré vécut, dans un état de bien-être relatif, à peu près l'espace d'un an après l'opération. Mais ce sujet se trouvait dans des conditions particulièrement bonnes. Le néoplasme dont il était porteur avait une marche remarquablement lente; il lui avait fallu 5 ans pour atteindre les dimensions d'un œuf de cane. Toute autre et bien plus rapide a été l'évolution de la tumeur récidivée. Il est permis de croire que, si les fonctions de la vessie et du rectum avaient été assurées sans irriter cet épithélioma, cet état primitif de torpeur du néoplasme se fût prolongé longtemps encore.

Il est donc mauvais de tenter une intervention radicale. L'ablation complète de la tumeur est rendue impossible par l'étendue et l'importance fonctionnelles des tissus envahis. Dans les cas où les lésions néoplasiques sont assez peu développées pour permettre l'extirpation de la masse cancéreuse dans sa totalité, l'ablation ne peut pas porter dans les portions saines, assez loin des parties envahies par le néoplasme pour mettre à l'abri d'une récidive. La tumeur se reconstitue très rapidement. Il semble que le traumatisme chirurgical donne un élan nouveau à cette propriété de prolifération qui caractérise

les néoplasmes. Et le développement ne se fait pas seulement sur place : on voit ces tumeurs restées parfois parfaitement localisées dans le petit bassin, entre la vessie et le rectum, pousser des prolongements considérables, atteindre la dimension d'une tête de fœtus et envahir au loin les ganglions inguinaux, iliaques, lombaires, tandis que des noyaux cancéreux se développent dans le rein, le foie, la rate.

Aussi, à mesure que s'accumulent les faits d'intervention et qu'on arrive aux observations plus récentes, on voit le chirurgien n'espérer plus obtenir une guérison radicale. Son but est uniquement de pallier les symptômes trop graves de l'affection. Il veut donner passage aux urines, aux matières fécales dont la rétention entraînerait une mort rapide. Il essaye de mettre un terme aux souffrances horribles dont la continuation occasionnerait une fin prochaine. La prostatectomie, le drainage de la vessie, devient l'opération préférée. En effet, c'est le moyen le plus efficace de mettre un terme aux symptômes douloureux et de frayer aux urines une issue large. Cette notion si importante ressort clairement de la lecture des observations citées. Dans le cas rapporté par Spanton, l'ablation d'une masse cancéreuse de la grosseur du poing n'entraîne aucune diminution dans les symptômes douloureux, ils restent aussi vifs qu'avant l'opération, mais aussi, la vessie n'a pas été ouverte. Bien plus concluant encore est le fait relaté par Leisrinck. La tumeur est enlevée en totalité ; les plaies rectale et vésicale sont suturées avec le plus grand soin. Il semble donc que la situation du malade ait dû être fortement améliorée. C'est le contraire qui se produit. Les douleurs persistent très vives, des hoquets

des vomissements apparaissent. Le malade s'éteint épuisé. Le résultat de l'intervention de Harrisson est tout autre, et pourtant l'exécution de l'opération a été bien plus imparfaite que dans le cas précédent. Ce chirurgien n'enlève qu'une portion minime de la tumeur, mais son incision, qui porte de parti pris jusque sur l'urètre membraneux, ouvre une large voie aux urines. Aussitôt c'est un apaisement immédiat pour le malade ; plus de douleurs, plus de pollakiurie ni de ténésme (l'urine passe entièrement par l'ouverture périnéale, et le malade peut jouir de ce qu'il n'avait depuis plusieurs mois, un sommeil ininterrompu). On voit une intervention incomplète mais ouvrant à l'urine une voie large, donner des résultats bien meilleurs au point de vue fonctionnel qu'une opération parachevée.

De ce qui précède, il résulte qu'essayer d'extirper en totalité un cancer de la prostate est inutile et mauvais ; qu'il est impossible d'avoir, de prime abord, la certitude d'atteindre son but. Cette intervention nécessite des délabrements considérables qui entraînent une mort rapide, ou bien, si le malade survit, la récurrence est fatale et rapide ; que cette intervention ne soulage pas le malade si, par une voie nouvelle, on ne donne pas un large cours à l'urine ou aux matières fécales ; que l'intervention accélère la marche d'une affection qui n'évolue déjà que trop rapidement. Ainsi donc, dans le cancer de la prostate, l'intervention devra être uniquement palliative.

CHAPITRE III

D'ailleurs, cette idée de substituer dans le cancer de la prostate une opération palliative à une opération curative n'est pas neuve. Elle a même été mise en pratique, il y a plus de dix ans, par quelques chirurgiens, mais dans un cas particulier, lorsque les troubles fonctionnels dus au développement du néoplasme prostatique portaient plus spécialement sur le rectum. Au lieu de lutter contre l'occlusion rectale par l'ablation de la tumeur, on s'est contenté de créer aux matières fécales une voie nouvelle. Oswald (*Medical Times*) a pratiqué le premier, en 1882, un anus contre nature dans un cas de cancer de la prostate. Puis, plus tard, Fenwick, *British medical Journal*, 1887, pratique deux fois la côlotomie dans des circonstances analogues. Ce procédé est évidemment très sage : il soulage le malade, lui rend la vie supportable, et, loin d'accélérer par une intervention directe la marche du néoplasme, la retarde au contraire en faisant disparaître l'irritation

continue provoquée par le fonctionnement du rectum lésé.

Pourquoi n'a-t-on pas suivi la même ligne de conduite lorsqu'on s'est trouvé en présence d'un de ces cancers prostatiques qui, dans leur développement, troublent surtout le fonctionnement de la vessie ? C'est qu'il aurait fallu avoir à sa disposition une opération qui, dans ce cas, offrît les mêmes avantages que la création d'un anus contre nature dans ceux où le fonctionnement du rectum est entravé, une opération qui permît de donner aux urines une voie nouvelle sans porter atteinte à la masse néoplasique.

Cette opération, M. le professeur Poncet le premier l'a trouvée. Il l'a fait connaître en 1888 dans une séance de la Société des sciences médicales de Lyon, c'est la cystotomie sus-pubienne.

L'opération de M. le professeur Poncet consiste essentiellement à faire, dans la couche musculo-cutanée de la région hypogastrique, une boutonnière à laquelle on suture les lèvres d'une ouverture pratiquée sur la paroi vésicale. Les premiers temps de l'opération rappellent sensiblement ceux de la taille hypogastrique, mais nous ne parlons pas ici du manuel opératoire. Il a été décrit d'une manière détaillée dans deux thèses inspirées par M. le professeur Poncet, soutenues l'une à Lyon en 1892 par M. Bonan et l'autre à Paris l'année d'après par M. Boutan. Ce qui fait l'originalité de cette opération, c'est précisément la suture des lèvres de l'ouverture vésicale aux muscles et à la peau de la région hypogastrique. La fistule ainsi créée devient permanente. D'autre part, il est impossible à l'urine de passer dans la cavité abdominale

et de donner ainsi naissance à toute une série de complications fâcheuses. L'intervention est absolument extra-péritonéale ; elle ne touche en rien à la paroi postérieure de la vessie , à la prostate, à l'urètre prostatique. Elle pourra donc se parfaire sans qu'il en résulte de lésion pour une tumeur prostatique. L'écoulement de l'urine se fait avec la plus grande facilité par cette voie nouvelle et sans mettre en jeu d'aucune façon la portion prostatique de l'urètre. Elle évite au néoplasme l'excitation d'une intervention directe et l'irritation continuelle résultant du fonctionnement de la vessie et de l'urètre membraneux si exagéré dans cette affection. D'autre part on peut espérer que la création d'une voie nouvelle à l'écoulement de l'urine mettra un terme aux symptômes douloureux que présente cette affection et à la fréquence excessive des mictions.

Cette opération paraît donc répondre à tous les desiderata du chirurgien qui, dans le cancer de la prostate, préfère une intervention palliative à l'ablation totale des masses néoplasiques.

Mais ces vues théoriques sont-elles confirmées par l'expérience ? Il semble que la relation des quelques cas suivants permette de répondre affirmativement.

OBSERVATION VII

Du méat hypogastrique dans le cancer de la prostate.

Un malade âgé de soixante et un ans, entre à la clinique de Neker, en février 1893, pour cancer de la prostate. Depuis quatre mois, il éprouvait une brûlure à la miction et défécation. Polla-

kiurie, hématurie. A l'entrée, il est pâle, amaigri, teinte jaune, urine quinze fois le jour et vingt-cinq fois la nuit. Alternatives de diarrhée et de constipation. Sensation intense de brûture et de cuisson au moment des garde robes et des mictions. Le canal est libre mais la prostate est irrégulière et saigne au passage d'une sonde numéro 18. La vessie ne se vide pas et remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La prostate est énorme, dure en certains points, ramollie en d'autres, mal limitée, adhérente au rectum. Ganglions dans l'aîne, mais point dans les fosses iliaques et le petit bassin.

Au début le malade est traité comme pour une hypertrophie simple : suppositoires rectaux à la morphine et cathétérismes répétés. La sonde passe bien, mais détermine des hémorragies. La sonde à demeure n'est pas supportée.

L'opération est faite le 14 mars. Les bords de l'ouverture vésicale sont soudés à la plaie cutanée, des expansions néoplasiques se sentent dans le bas-fond de la vessie et remontent jusqu'autour du col, on ne les touche pas. La muqueuse n'est pas atteinte. Une sonde de Pezzer est mise à demeure.

Au bout de quelques jours le malade se lève, les envies fréquentes d'uriner, les cuissons, les brûlures ont disparu. Le malade est infiniment soulagé.

Au début, l'urine coule dans le pansement, mais rapidement le méat se rétrécit et la miction se fait uniquement par la sonde de Pezzer que le malade ouvre et ferme à volonté.

Le malade reste trois mois dans le service, puis l'appétit diminue les forces baissent et le malade se sentant perdu rentre chez lui.

Les productions néoplasiques ne se sont pas étendues vers la plaie opératoire et le méat hypogastrique rigoureusement surveillé est resté indemne.

On voit dans cette observation que l'intervention ne présente pas de difficulté. Les résultats immédiats sont excellents : les envies fréquentes d'uriner, les cuissons, les brûlures, tous les phénomènes douloureux dis-

paraissent sur-le-champ. La déplétion vésicale s'accomplit parfaitement. Le malade peut même rapidement retarder la miction un certain temps. Le néoplasme n'est pas intéressé et l'ouverture vésicale reste indemne de toute atteinte par le tissu de néoformation.

OBSERVATION VIII

Communiquée par M. Tellier. Inédite.

Cancer prostato-vésical. Cystostomie sus-pubienne. Soulagement immédiat.

Un homme de soixante-cinq ans, entre le 23 février 1894, dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par M. le Dr Tellier. Il n'a pas uriné depuis près de vingt-quatre heures. Son état général est grave, la température est à 39°,8, langue de perroquet; subdélirium peu marqué, mais suffisant pour rendre l'interrogatoire très difficile. On apprend cependant que depuis quelques mois les mictions sont devenues beaucoup plus fréquentes, que les urines sont troubles et qu'il n'y a jamais eu d'hématurie. Le toucher rectal montre que la prostate est très volumineuse; on peut cependant atteindre son bord supérieur, on sent par le palper abdominal la vessie qui remonte à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse des pubis. Le malade souffre beaucoup sans qu'on puisse savoir si ses souffrances sont dues à la rétention d'urine ou si elles existaient antérieurement au même degré, il dit cependant avoir eu des douleurs dès le début de sa maladie.

Au moment de l'entrée, l'interne de service a pu pratiquer le cathétérisme avec une sonde à bécuille après une tentative avec une sonde de Nélaton. Emission de 100 grammes environ d'urine absolument trouble et fétide.

Diagnostic: hypertrophie de la prostate; pyélonéphrite ascendante. La cystotomie est décidée et pratiquée conformément aux

indications et au manuel opératoire de M. le professeur Poncet. La vessie apparaît bientôt formant un globe dur ; il faut traverser une épaisseur de 15 à 20 millimètres avant d'arriver dans la cavité ; il ne sort pas d'urine. On introduit le doigt pour l'explorer elle est de dimensions restreintes. On sent au niveau de la base une tumeur du volume d'un œuf, assez dure, sessile et saignant facilement. Le diagnostic d'hypertrophie prostatique est dès lors rejeté. Lavage avec la solution boriquée.

Le soir même la température a baissé (38°,6) les douleurs ont disparu ; le malade se sent bien et répond mieux aux questions qu'on lui pose. Lavages de la vessie et de l'urètre. L'urine est peu abondante, mais moins fétide. Dès le lendemain la température remonte ; la quantité d'urine reste la même, l'état général paraît un peu amélioré, le malade meurt cependant au bout de quarante-huit heures sans souffrances.

A l'autopsie, on constate que la prostate et le bas fond de la vessie sont le siège d'une néoplasie épithéliale assez bien limitée à ces deux organes. Pas de prolongements en arrière ou sur les côtés. Pas d'envahissement ganglionnaire. Dans la cavité vésicale on trouve 20 à 30 grammes de liquide infect. Les uretères sont peu dilatés. Signes d'urétéro-pyélonéphrite sans distension, noyau néoplasique dans le rein gauche. Exécution facile.

Aussitôt après l'intervention : la température baisse, les douleurs diminuent, l'état du malade s'améliore. La mort arrive sans souffrances au bout de quarante-huit heures. On ne peut évidemment accuser l'opération, je ne dirai pas l'avoir causée, mais seulement d'y avoir contribué. Ce qu'il convient d'attribuer à l'intervention, c'est la disparition des symptômes douloureux, la diminution de l'état fébrile qui l'ont suivie immédiatement. D'ailleurs

les symptômes qui ont précédé la fin, s'accordent avec les constatations nécropsiques pour montrer que cette fin résulte d'une urétropyélonéphrite.

OBSERVATION IX (Inédite.)

(Communiquée par M. le D^r Tellier.)

Fongus cancéreux prostatovésical.

Un homme de quarante-huit ans, adressé à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic probable d'infiltration urinaire profonde, entre le 20 août 1894 dans le service de M. A. Pollosson, suppléé par M. le D^r Tellier. On note dans ses antécédents un rétrécissement de l'urètre qui a nécessité une urétrotomie externe, pratiquée il y a quinze ans par M. le professeur Ollier, et suivie de la disparition des accidents pendant une très longue période.

Depuis cinq mois troubles de la miction (urines troubles, fréquentes douleurs); petits frissons tous les deux ou trois jours; troubles du système digestif (anorexie, constipation); amaigrissement peu marqué, jamais d'hématurie. Depuis quelques semaines les frissons sont plus répétés, plus longs; les symptômes digestifs sont peu accusés (vomissements); l'urine est peu abondante. Le malade fit venir un médecin qui pratiqua le cathétérisme sans difficulté; il ne ramena que quelques gouttes de pus sanguinolent. Il crut avoir fait une fausse route et fit appeler un chirurgien qui, jugeant que le malade ne pouvant être soigné chez lui, le fit apporter à l'Hôtel-Dieu.

A l'entrée, on constate l'existence d'une anurie presque totale et d'une infection urinaire marquée. Etat général grave; troubles digestifs intenses; douleurs vives; peu d'amaigrissement. T. 38.5. Une sonde de Nélaton introduite dans l'urètre y pénètre tout entière sans difficulté et ramène quelques gouttes d'un liquide épais, jaunâtre, d'une horrible fétidité. Par le toucher rectal on

sent une grosse masse dure, bosselée, au niveau de la prostate et de la vessie, sans limites appréciables en haut. Par le palper et le toucher combinés, on sent la vessie remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis.

Du cancer de la prostate avec envahissement de la vessie pyélonéphrite. Intoxication urinaire.

La cystostomie sus-pubienne est immédiatement pratiquée. La paroi antérieure de la vessie mesure près de 1 centimètre d'épaisseur. En introduisant un doigt profondément dans la vessie, on sent que la cavité est presque tout entière occupée par une masse fongueuse qui saigne facilement. Lavage boriqué. On essaye sans succès d'introduire un double tube; on se contente d'un drainage avec un long tube de caoutchouc se rendant dans un réservoir placé près du lit du malade.

Le soir même T. 39°1. Le malade se sent soulagé; 50 grammes d'urine environ. La température est à 38 degrés; l'état général est un peu meilleur. Alimentation lactée facilement supportée; pas de vomissements. Urines 20 grammes environ.

Les jours suivants, l'état reste sensiblement le même; la température oscille entre 38 degrés et 38° 5. Les symptômes digestifs ont diminué; la quantité d'urine augmente un peu. Pas de souffrances.

Mais l'amélioration ne persiste pas longtemps, la mort survient sans symptômes à noter, le 4 septembre, à 2 heures du soir.

Autopsie 24 heures après. — Il est difficile d'obtenir l'autorisation de faire l'autopsie qui est pratiquée incomplètement. A l'ouverture de la cavité abdominale on constate seulement l'existence d'adhérences anciennes d'anses intestinales à la paroi postérieure de la vessie et dans le cul-de-sac recto-vésical. Le bas-fond de la vessie, la prostate sont le siège d'une infiltration néoplasique diffuse qui ne permet pas d'enlever les organes en totalité. La cavité urétrale est envahie par une masse qui se laisse facilement déchirer. Quelques gouttes de liquide d'odeur infecte. Les reins sont très volumineux (18 et 17 centimètres de leur grand diamètre), mais sans signes extérieurs de distension de fait, à la coupe, on voit que la substance rénale a une épaisseur un peu supérieure à la normale; les calices et bassinets sont notablement distendus; les

uretères ont le volume du pouce environ et présentent sur leur trajet des renflements de distance en distance.

Ce cas, comme le précédent, est relatif à un cystostomisé, placé dans des conditions d'état général très mauvaises: fièvre urineuse et pyélonéphrite. Et cependant, aussitôt après l'intervention, le malade se déclare très soulagé et pendant un certain temps la fièvre baisse sensiblement.

OBSERVATION X (inédite.)

Cancer de la prostate et du bas-fond vésical.

Cystostomie sus-pubienne. Mort d'urémie.

(Due à M. le professeur Poncet.)

M. X, cinquante-huit ans, est atteint de troubles urinaires remontant à une quinzaine d'années et symptomatiques de rétrécissement de l'urètre. Il y a trois ans environ, dans un voyage en Suisse, il eut une hématurie; et, depuis lors, de nouvelles hématuries se sont produites de temps à autre. Depuis cinq ou six mois, les urines ne paraissent pas avoir contenu de sang.

En dehors des cathétérismes qui ont été pratiqués, le malade a subi, il y a deux ans, une urétrotomie interne (électrolyse linéaire) qui non seulement n'a pas modifié son état, mais qui paraît avoir accru certains troubles fonctionnels.

Depuis quelques mois M. X, qui a considérablement maigri (il est depuis longtemps un diabétique alimentaire) a vu l'état local des voies urinaires s'aggraver en même temps que l'état général devenait mauvais. Il a eu, sur ces entrefaites, un abcès de la prostate et depuis quelques semaines les urines, quoique claires, sont devenues d'une fétidité repoussante, et les mictions beaucoup plus fréquentes et douloureuses. Les sondages, pratiqués de temps à autre pour assurer l'évacuation de la vessie qui se fait incomplète-

tement, font violemment souffrir le malade et laissent après eux des sensations horriblement pénibles avec épreintes, ténésme, douleurs atroces dans la région sus-pubienne.

Le malade se plaignait en outre, à chaque effort de miction, qui devenait nécessaire à tout instant, de l'expulsion par l'anüs de gaz, de glaires fétides se rattachant à de la rectite par propagation. Lorsque M. Poncet vit le malade pour la première fois, le 12 décembre 1894, il ne put que confirmer le diagnostic porté par son ami M. le Dr Second. A cette date, la situation du malade n'était plus tenable; il accusait des douleurs atroces provoquées par des mictions impérieuses, devenues à tout instant nécessaires; les sondages n'étaient plus possibles par suite des souffrances atroces qu'ils provoquaient et qui persistaient longtemps après. Enfin, M. X était, on ne peut plus incommodé par la puanteur extrême des urines; symptômes et signes ayant résisté à tout traitement soit général soit local.

Les urines avaient une odeur fécaloïde des plus prononcées, sans que jamais cependant elles aient paru contenir des matières fécales. Le toucher rectal révélait une prostate volumineuse, grosse comme une mandarine. Elle était uniformément dure, d'une dureté néoplasique, assez uniforme, quoique bosselée en certains points. La muqueuse rectale glissait difficilement sur elle et l'extrémité du doigt ne pouvait la déplacer, ne permettait pas d'atteindre le bas fond de la vessie. Après cet examen, le diagnostic ne parut laisser aucun doute dans l'esprit des deux chirurgiens. Il s'agissait bien d'un cas de cancer de la prostate ayant plus ou moins envahi les tissus voisins et certainement l'odeur fécaloïde si prononcée des urines devait être attribuée à une exosmose du gaz, du gros intestin, rendue plus facile par une adhérence de la tumeur au rectum et une sorte de communication de l'ampoule rectale avec le bas fond vésical. Il n'y avait certainement pas de communication directe entre les deux organes, car, à aucun moment, ainsi que nous l'avons dit, des matières fécales n'avaient été vues dans les urines, et à aucun moment non plus il n'y avait eu d'écoulement d'urine par l'anüs.

Depuis quelques jours, en outre, M. X, qui avait été soumis au

régime lacté exclusif, présentait des signes de dépuración rénale insuffisante. En dehors d'une anorexie très prononcée, il avait eu des nausées, des vomissements qui laissaient supposer un certain degré d'empoisonnement urinaire, d'autant plus à redouter comme manifestation rénale que l'affection dont il était atteint datait de fort loin.

L'insuffisance des moyens jusqu'alors employés, l'aggravation de l'état général et surtout des douleurs atroces que rien ne pouvait calmer et que provoquait l'existence dans la vessie d'une faible quantité d'urine, constituaient une indication de premier ordre d'une intervention chirurgicale qui, bien entendu, ne pouvait être que palliative, et qui devait avoir pour but, en mettant la vessie au repos, d'assurer sans douleur l'évacuation de l'urine. Telle fut l'opinion de MM. les D^{rs} Second et Poncet, qui trouvèrent d'autre part chez le malade le désir le plus vif d'être soulagé ; convaincu par une longue expérience de l'impuissance de tous les autres moyens jusqu'alors employés. Il fut donc décidé qu'on aurait recours à la cystostomie sus-pubienne.

L'opération fut pratiquée par M. Second, assisté de M. Poncet, dans la matinée du 15 novembre. Le malade fut chloroformé, et l'opération, très habilement exécutée, ne présenta absolument aucune particularité. Arrivé sur la face antérieure de la vessie, on constata par le toucher au voisinage du col une résistance plus grande de la paroi avec de ci de là de petits noyaux indurés ressemblant à des grains de plomb interposés entre les tuniques. La vessie incisée et l'index introduit dans la cavité, on trouve tout le bas fond vésical dur, squirrheux, comme dans un véritable carcinome en cuirasse et sans aucune masse délimitable faisant saillie dans la vessie. Il n'existait pas d'ulcération appréciable, et la prostate qui refoulait devant elle une partie des tuniques vésicales était également très dure, scléreuse, donnant lieu à un certain degré de déformation du col de la vessie qui permettait l'introduction de l'extrémité de l'index et qui était légèrement refoulé à gauche. Par le toucher rectal et intra-vésical combinés, on se rendait alors nettement compte d'une néoplasie squirrheuse occupant toute la prostate, le bas fond vésical et constituant une masse

ligneuse immobile faisant plus ou moins corps avec les tissus et les organes voisins.

Les suites de l'opération furent d'abord des plus simples. Le malade en retira le bénéfice complet qu'on en attendait. A partir du moment où la cystostomie avait été pratiquée, l'urine put s'écouler très librement, et tous les phénomènes douloureux disparurent. Le malade ne souffrait plus et témoignait son contentement du bien-être dans lequel il se trouvait. Les urines étaient restées toujours horriblement fétides, et dans les vingt-quatre heures qui suivirent l'opération, quelques caillots sanguins s'échappèrent par l'orifice hypogastrique. La nuit qui suivit fut excellente. Mais dans la nuit du 13 au 14, le malade, dont la température était restée normale, présenta quelques signes d'agitation. Il se plaignait de démangeaisonss au cou, à la face et sur le tronc. Il eut d'autre part quelques nausées. A partir de ce moment, les troubles urémiques s'accrurent progressivement. Le 17, on notait des nausées plus fréquentes, des vomissements provoqués à peu près fatalement par l'ingestion d'une certaine quantité de liquide. La température descendait au-dessous de 37 degrés, il y avait un peu d'hypothermie. Dans la nuit du 17 au 18, des spasmes diaphragmatiques répétés survinrent; la langue devint sèche et un léger subdélirium apparut. Enfin, le malade succombait le 18 novembre à 2 heures de l'après-midi emporté par des accidents urémiques.

Il n'existait du côté de la plaie aucun signe d'œdème, d'infiltration urinaire, de septicémie locale. La souplesse du ventre, l'absence de douleur, etc., excluaient également toute idée de péritonite.

La lecture des observations précédentes montre que dans le cancer de la prostate, la cystostomie sus-pubienne est l'opération de choix pour le chirurgien qui sait vouloir se borner à une intervention palliative. Les résultats qu'on peut espérer obtenir par une intervention palliative, elle les donne tous.

C'est d'abord le rétablissement du flux urinaire. La

vessie peut se vider d'une manière complète sans qu'il en coûte d'effort au malade. La rétention d'urine est conjurée avec tout le processus d'accidents qui en résultent, accidents de la dernière gravité. Mais la fonction n'est pas rétablie seulement dans ce qu'elle a de plus essentiel, c'est-à-dire l'évacuation de l'urine à l'extérieur ; au bout d'un temps relativement court, ce méat hypogastrique tout récemment formé va se resserrant d'une manière très suffisante et un moment arrive où le malade ne perd plus ses urines d'une manière continue. Il peut les garder pendant assez longtemps. Dans ce cas il s'est formé au niveau des tissus sectionnés un canal très court qui s'est muni d'une sorte de sphincter, placé sous la dépendance de la volonté. Certainement tous les opérés ne sont pas si heureux, chez beaucoup d'entre eux on est forcé de placer dans l'orifice une sonde à demeure pour obtenir l'écoulement discontinu des urines. Le malade de l'observation I était placé dans ce cas, mais prenons les résultats les plus défavorables, ceux où le malade perdra continuellement ses urines ; ne vaut-il pas mieux vivre incontinent sans souffrances, que de mourir continent dans d'atroces douleurs ?

En somme, au point de vue de la perfection avec laquelle s'accomplit la miction, les cystostomisés pour cancer de la prostate sont placés dans les mêmes conditions que ceux qui ont subi l'opération de M. A. Poncet pour rétention résultant de l'hypertrophie prostatique simple. On pourra voir certains de ces opérés arriver rapidement et sans le secours d'aucun appareil à garder leurs urines pendant cinq à six heures et plus.

Chez certains sujets opérés par la prostatomie, qui

évacuaient leurs urines par la fistule que crée la plaie opératoire, on avait vu que les mictions diminuaient de fréquence, et que les douleurs devenaient bien moins vives. Les mêmes faits se produisent dans les quatre observations de cystostomie sus-pubienne. Immédiatement après l'opération, le ténesme et la pollakiurie disparaissent. C'en est fini avec le besoin continuel d'uriner, ces tentatives aussi peu fructueuses que répétées, ces douleurs si aiguës qui accompagnent les mictions incomplètes. Le malade ressent un immense soulagement, une sensation de bien-être inconnue depuis longtemps ; il l'accuse lui-même. Autant et plus que le malade de Harrisson, il lui est enfin permis de jouir d'un sommeil ininterrompu.

L'état général du sujet se ressent rapidement de toutes ces améliorations. Le patient qui échappe enfin à l'intoxication urineuse et qui cesse de souffrir ne tarde pas à réagir vigoureusement contre la maladie. La fièvre diminue rapidement, puis disparaît. Le sommeil se rétablit ; l'appétit renaît, toutes les causes de débilitation rapide sont supprimées, et le malade se trouve placé dans des conditions infiniment meilleures pour résister à la marche envahissante de la cachexie cancéreuse.

La cystostomie sus-pubienne n'a pas des conséquences fâcheuses touchant le développement des redoutables complications qui menacent à chaque instant les malades atteints d'affection des voies urinaires. A la suite d'un simple cathétérisme, d'une séance de lithotritie, ou d'une opération sanglante portant sur la vessie comme la taille sus-pubienne, on voit fréquemment apparaître de la fièvre urineuse, d'autre fois c'est une cystite ou bien une pyélonéphrite.

Mais la cystostomie présente un caractère bien particulier, celui d'ouvrir au passage des urines une voie large et facile. Son exécution ne peut donc avoir que des résultats très avantageux. C'est le meilleur moyen de lutter contre ces complications, contre la fièvre urineuse en particulier. Elle vaut bien mieux que l'application d'une sonde à demeure. Deux thèses inspirées par M. le professeur Poncet à MM. Bonan (Lyon, 1892) et Boutan (Paris, 1893) montrent que c'est l'intervention de choix dans les complications de la rétention, et en particulier contre la fièvre urineuse chronique.

D'ailleurs dans l'observation VIII, l'indication de l'intervention a été tirée, non de l'existence d'un cancer de la prostate, — le diagnostic était impossible, — elle a été dirigée contre la fièvre urineuse et pyélonéphrite. Dans les deux cas, du reste, les résultats sont nets. La complication a été pour un temps arrêtée dans sa marche. La température baisse tout d'un coup sensiblement, le malade éprouve une sensation de mieux-être, les troubles digestifs s'amendent. Si la mort s'est produite, c'est que les lésions étaient trop avancées et l'issue aurait été tout autre si l'intervention avait pu être pratiquée plus tôt. Cette conviction nous vient encore plus forte, lorsque nous nous rappelons ces paroles de notre illustre maître, M. le professeur Poncet, rapportées par la *Province médicale* : Les cystostomisés qui sont morts ont été emportés par des lésions graves de leur appareil urinaire qui existaient depuis longtemps. Ils ont succombé malgré l'opération et non par elle.

Dans les observations VII, VIII, IX, X, on voit que la cystostomie sus-pubienne a pu être pratiquée sans toucher

aucunement aux masses néoplasiques. C'est évidemment ce qui doit se produire dans l'immense majorité des cas. Il faudrait que la tumeur ait pris un développement bien considérable pour empêcher le bistouri d'atteindre la vessie sans l'intéresser. Spanton (obs. IV) cite un cas de néoplasme recouvrant entièrement la vessie, lui formant comme un manchon complet. En admettant l'impossibilité d'une intervention extérieure à la tumeur dans le cas, on doit considérer que c'est là une véritable exception. Il est bien difficile, en effet, qu'une tumeur prenne une si large extension sans amener des complications mortelles, mais il y a là certainement un reproche à faire à l'intervention : mais ce reproche, tout autre mode opératoire en serait passible. La face antérieure de la vessie étant la plus éloignée du point de départ du néoplasme, la moins en rapport avec lui, a le plus de chance d'être atteinte en dernier lieu. L'intervention par la région hypogastrique est donc celle qui est le moins exposée à tomber sur une expansion du néoplasme prostatique.

De la possibilité d'ouvrir la vessie sans intéresser la tumeur, il résulte un accroissement de la durée de l'affection. C'est un fait de pathologie générale bien connu que l'irritation des néoplasmes, quelle qu'en soit la cause d'ailleurs, donne comme un coup de fouet à leur évolution. On voit de ces tumeurs, restées longtemps à peu près stationnaires, se mettre tout d'un coup à prendre une marche rapide à l'occasion de cautérisations répétées, de frottements fréquents, de tentative d'ablation partielle ou totale.

Mais la cystostomie sus-pubienne n'évite pas seulement aux néoplasmes prostatiques ce traumatisme direct que leur fait subir la prostatomie, elle les dispense encore

d'une cause d'irritation bien plus importante par sa durée et sa répétition. Toutes les fois que le corps et le col de la vessie, l'urètre prostatique se mettent à fonctionner, ce sont des tiraillements, des traumatismes que doivent subir les masses cancéreuses en contact avec ces parties, et même intimement unies à elles. Et on sait combien sont fréquentes et énergiques ces contractions vésicales, lorsque le malheureux cancéreux, en proie à un ténésme continuel, essaie d'accomplir ces mictions horriblement douloureuses qui n'ont le plus souvent que peu ou pas de résultat. Ce que font l'anus contre nature pour le cancer du rectum, la gastropexie et la gastrotomie pour le cancer du pylore, la cystostomie sus-pubienne le fait pour le cancer prostatato-vésical.

La cystostomie sus-pubienne qui remplit si parfaitement le but recherché par une intervention palliative sur le cancer de la prostate est une excellente opération considérée en elle-même.

Elle est d'une exécution relativement aisée et rapide. Et c'est là un grand point, car bien souvent lorsqu'on l'exécute on se trouve vis-à-vis de cas urgents.

C'est une opération très bien réglée : elle a fait l'objet de nombreuses communications de M. le professeur Poncet. Le manuel opératoire a été décrit d'une manière très précise dans deux thèses inspirées par M. le professeur Poncet, Bonan et Boutan.

Enfin, elle ne présente aucun danger pour la vie du malade. Les deux grands périls qu'elle rencontre dans une telle intervention sont parfaitement évités.

La suture des lèvres de l'ouverture vésicale aux lèvres de la plaie musculo-cutanée met à l'abri des phlegmasies

qui pourraient résulter de l'écoulement de l'urine dans la cavité abdominale. D'autre part, le péritoine ne doit pas être intéressé.

La cystostomie sus-pubienne est une excellente opération qui doit être préférée à toute autre lorsqu'on est obligé d'intervenir pour cancer de la prostate. Mais à quel moment de l'évolution de l'affection devra se faire cette intervention ?

La comparaison des observations XII d'une part, et VIII, IX et X d'autre part, montre nettement l'importance qu'il y a à ne pas attendre l'apparition des graves complications qui suivent une rétention complète ou une rétention partielle prolongée. Lorsqu'on se trouve en présence d'une pyélonéphrite avancée, lorsque les lésions des reins, de l'urètre sont prononcées, on a beaucoup de chance de voir l'intervention rester impuissante à enrayer le mal. Mais si les symptômes se présentent de telle manière qu'il soit possible de faire le diagnostic de très bonne heure, alors que la vie du malade n'est nullement en danger, que les phénomènes douloureux sont supportables, que devra-t on faire ? C'est là évidemment un cas qui se présente rarement dans la pratique, étant donné les difficultés du diagnostic, mais il pourrait se produire si, par exemple, on avait affaire à un enfant. Ainsi à un de ces cas relativement fréquents qui se développent au-dessous de dix ans (neuf observations citées par Jolly), âge auquel le diagnostic différentiel avec l'hypertrophie prostatique simple n'a pas de raison d'être. Rationnellement, on devrait intervenir ; on devrait créer un méat hypogastrique dans l'espoir de ralentir la marche du néoplasme en supprimant une cause puissante d'irritation. Mais il semble, d'autre

part, que cette considération doive s'effacer devant l'ennui et la perturbation mentale que ne manquerait pas de donner au sujet, qui se considère comme légèrement atteint, la création de cette fistule hypogastrique. L'opération de M. le professeur Poncet est, avant tout, une opération palliative et une opération de nécessité. Elle n'est pratiquée que lorsqu'elle est rendue indispensable par des troubles sérieux de l'excrétion urinaire ou des souffrances insupportables. Mais dès que les douleurs éprouvées par le sujet suspendent le sommeil, amènent l'anorexie, portent une atteinte trop rapide à l'état général ; dès que se produisent des troubles de la miction, que des cathétérismes répétés ne combattent que d'une manière insuffisante ou en provoquant des souffrances trop vives, l'hésitation n'est plus permise. On abandonne de propos délibéré tous les moyens insuffisants (suppositoires rectaux à la morphine, cathétérismes répétés, sonde à demeure), pour l'intervention sanglante. A ce moment, l'état général est encore assez bon pour donner une sécurité complète à l'endroit de la survie et on opère avec la conviction de voir s'amender sûrement tous les phénomènes douloureux, en même temps qu'on met le malade à l'abri de complications redoutables.

CONCLUSIONS

Le cancer de la prostate se développe le plus souvent chez des sujets âgés, il présente au début les mêmes symptômes que l'hypertrophie simple de la prostate. De là, l'impossibilité de faire un diagnostic précoce, et d'intervenir prématurément. C'est seulement lorsque la lésion a franchi les limites de la prostate, que des signes locaux et des troubles fonctionnels plus ou moins nets permettent de porter un diagnostic ferme.

Le traitement du cancer de la prostate doit-il être curatif ou palliatif? Depuis une vingtaine d'années, quelques observations de tentative d'ablation totale de cancer prostatique ont été publiées. Deux fois sur six seulement le néoplasme a pu être extirpé en totalité, et encore dans ces deux cas les délabrements causés par l'opération ont dû être considérables, un seul malade a joui d'une survie notable. D'ailleurs, il semble que les meilleurs résultats aient été fournis non par l'intervention parfaite,

mais bien par l'opération incomplète qui se borne à ouvrir aux urines une voie nouvelle, large et facile. Peut-être, si la lésion était diagnostiquée au début, ce qui est, comme nous l'avons dit, impossible dans la plupart des cas, pourrait-on songer à une prostatectomie par la voie périnéale? Pour l'heure présente, la prostatectomie et toute tentative opératoire de ce genre ayant pour but l'extirpation partielle ou totale du néoplasme doit être rejetée. Il s'agit en effet d'une opération incomplète par le fait de l'invasion, qui est la règle du bas-fond vésical du rectum, etc. Dans six cas, on est intervenu par la prostatectomie, par la voie périnéale et les résultats ont été déplorables.

Une seule intervention est justifiée, intervention il est vrai palliative, mais d'une innocuité complète lorsqu'elle n'est pas pratiquée trop tardivement chez des sujets fortement cachectiques et atteints de pyonéphrite ascendante, nous voulons parler de la cystostomie sus-pubienne.

Vu, bon à imprimer,

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

PONCET.

Vu, bon et permis d'imprimer

LE RECTEUR,

E. CHARLES

Vu, bon à imprimer,

LE DOYEN,

LORIET.

BIBLIOGRAPHIE

Adams, *Anatomy and diseases of the prostategland*, Londres, 1853.

Bauman, *Canstatt's Jahresb.*, 1843, t. III.

Berger, *Soc. Anat.*, 1871.

Billroth, *Langenbeck's Archiv*, p. 548, Bd. X.

Bonan, thèse de Lyon, 1892, n° 700.

Boutan, thèse de Paris, 1893.

Curling, *Transact. of the Patholog. Society of London*, 1859.

Czerny.

Demarquay, *Gazette médicale de Paris*, 1873, p. 382.

Engelbach, thèse de Paris, 1888.

Fenwick.

Gross, *Diseases of the urinary organs*, Philadelphie, 1856.

Harrisson, *Lancet*, 20 septembre 1884.

Hodgkins, *Lancet*, 1843, et *Arch. gén. de méd.*, 1844.

- Joly, *Archives gén. de med.*, 1869, t. XIII et XIV.
Langstaff, *Transactions of med. chir. Soc.*, vol. VIII, 1817.
Lebec, *Soc. anat.*, 1876.
Leisrineck, *Arch. für klin. Chir.*, p. 578. t. XXVIII.
Oswold, *Med. Times*, 1882, t. II, p. 423.
Spanton, *Lancet*, 1883, p. 1032.
Thompson, Londres, 1861.
Wharton, *Phil. med. Times*, 1882.
Wyss, *Virchow's Archiv.*, t. XXXV, p. 378.

